



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AUTOPERCEÇÃO DA QUALIDADE DA SAÚDE ORAL DOS
DOENTES DE ODONTOGERIATRIA DA CLÍNICA DENTÁRIA
EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Patrícia Isabel Curraleira Loureiro
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AUTOPERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SAÚDE ORAL DOS
DOENTES DE ODONTOGERIATRIA DA CLÍNICA DENTÁRIA
EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Patrícia Isabel Curraleira Loureiro
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Vítor Tavares

setembro de 2018

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Vítor Tavares, meu orientador, pela disponibilidade, pela confiança e paciência e por todo o apoio prestado.

Ao Prof. Doutor Pedro Proença pelo auxílio e orientação na parte da análise estatística.

A toda a minha família, pais, irmão e avós por me permitirem realizar um dos meus sonhos e pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado, Tiago, que esteve sempre presente, que me ouviu, apoiou e deu força quando mais precisei.

Ao meu Grande amigo João, que iniciou este percurso comigo, e de apesar não ter acabado ao mesmo tempo que eu, continua a ajudar-me sempre que preciso. Para além de um grande amigo e bom ouvinte, será sempre o meu eterno parceiro da Box 33.

À Alexandra e à Margarida pela amizade, companhia, força e ajuda que me deram, não só ao longo deste trabalho, mas também noutros momentos de grande importância.

À Caroline, minha colega de box do 5º ano e amiga, pelos momentos vividos ao longo deste ano.

À Mariana pela disponibilidade e ajuda prestada, sempre que precisei.

À Cláudia, pela disponibilidade na recolha do número de doentes que passou pela clínica durante o tempo deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha querida *in'Spiritus* Tuna! D'ela levo uma bagagem cheia de aprendizagem, uma experiência “in'crível” e as melhores memórias da faculdade! Ela é de facto Fenomenal.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a autopercepção da qualidade da saúde oral dos idosos através da aplicação de um questionário que inclui o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*). Avaliar se os indicadores sociodemográficos e condições subjetivas de saúde oral estão associados ao nível de percepção de saúde oral.

Materiais e métodos: A amostra de conveniência foi de 93 idosos, que frequentaram a consulta de Odontogeriatria da Clínica Dentária Egas Moniz, com idade ≥ 65 anos. Após a consulta foi aplicado um questionário constituído por perguntas sobre dados sociodemográficos, condições subjetivas de saúde oral e foi integrado o GOHAI, traduzido e adaptado para português. O tratamento estatístico foi efetuado com medidas de frequências e de estatística descritiva. Recorreu-se aos testes do Qui-quadrado e *t-student* com um nível de significância de 5% $p \leq 0,05$.

Resultados: Neste estudo, a média do GOHAI foi 30,8, indicando uma percepção moderada de saúde oral. A maioria (47,3%) teve uma autopercepção moderada (30-33 pontos, 28,0% teve uma percepção baixa (< 30 pontos) e 24,7% teve uma percepção elevada (34-36 pontos). A maioria da população era do sexo masculino, encontrava-se entre os 65-75 anos, casada, com nível de escolaridade básico, edêntula e usava prótese dentária. Foi encontrada relevância estatística entre estado cívil e percepção de saúde oral $p = 0,048$. Os idosos casados tiveram uma autopercepção moderada e os solteiros, divorciados e viúvos uma autopercepção baixa. As mulheres tiveram uma tendência para uma percepção de saúde oral mais baixa, assim como os idosos com mais de 86 anos, solteiros, divorciados e viúvos, com ensino secundário ou superior, edêntulos e não portadores de prótese.

Conclusão: A percepção de saúde oral dos idosos odontogerítricos da Clínica Dentária Egas Moniz foi moderada.

Palavras-chave – Geriatria, saúde oral, autopercepção, qualidade de vida, GOHAI

ABSTRACT

Objectives: Evaluate elder people self-perception of oral health quality by giving patients a survey that includes the GOHAI index. Determine if the sociodemographic indicators and subjective oral health conditions are associated with oral health levels of perception.

Materials and Methods: The convenience sampling consisted of 93 elder patients aged 65 or over, who had a geriatric dentistry appointment at Egas Moniz Dental Clinic. After the consultation, a survey consisting of sociodemographic questions and subjective oral health conditions was applied integrating GOHAI – Geriatric Oral Health Assessment Index, which was translated and adapted to Portuguese. The statistical treatment of Data was made using descriptive statistics. The tests used were Chi-squared test and the t-student test with a significance level of $p = 0.05$.

Results: The sample participants were mostly men, between the age of 65 and 75 years, married, and they use dentures due to teeth loss. The mean of GOHAI was 37,75 which indicates a moderate perception of oral health by the sample in the study. Most subjects (47,3%) showed moderate self-perception (30-33 points) which coincides with the mean of the answers. 28% of the sample showed low perception (≤ 30 points) and 24,7% showed high perception (34-36 points). Statistical significance was found between marital status and oral health perception $p = 0.048$. Married individuals have a higher perception of oral health than single and divorced men while widows show a low perception. Women, elderlies over 86 years of age, single, divorced or widows, with high school or higher education and with missing teeth that don't have dentures, tend to have a lower oral health perception.

Conclusion: Oral health perception in Elderly patients of Egas Moniz Dental Clinic is moderate.

Keywords: Geriatry, Oral Health, Self-perception, Quality of Life, GOHAI

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	11
1. Fundamentos teóricos.....	11
1.1 Envelhecimento	12
1.2 Saúde Geral e Saúde Oral do idoso	13
1.2.1 Saúde Geral.....	13
1.2.2 Saúde oral do idoso.....	14
1.3 Qualidade de vida	15
1.4 Qualidade de vida e saúde oral	16
1.5 Autopercepção de saúde oral	17
1.6 Índices de Qualidade de saúde oral	18
1.6.1 GOHAI	18
1.7 Caracterização do paciente odontogeriatrico.....	20
1.7.1 Caracterização do paciente geriátrico da Clínica Dentária Egas Moniz ...	20
III. MATERIAIS E MÉTODOS	25
1. Considerações Éticas	25
2. Tipo de Estudo	25
3. Local do Estudo	26
4. Amostra	26
4.1 Seleção da Amostra	26
4.1.1 Critérios de Inclusão	26
4.1.2 Critérios de Exclusão.....	26
5. Associação entre variáveis de estudo	26
5.1 Variáveis independentes	27
5.2 Variáveis dependentes	27
6. Questionário	27
7. Análise estatística.....	28
IV. RESULTADOS	31
1. Análise descritiva dos doentes de Odontogeriatrica	31
1.1 Indicadores sociodemográficos	31
1.2 Condições subjetivas da cavidade oral	33
2. Análise estatística do índice GOHAI	34
2.1 Relação entre indicadores sociodemográficos e o Índice GOHAI	35

2.2 Relação entre condições de saúde oral e o Índice GOHAI.....	41
V. DISCUSSÃO	47
VI. CONCLUSÃO.....	53
VII. BIBLIOGRAFIA	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequências da amostra por género.	31
Tabela 2 - Distribuição de frequências da amostra por faixa etária.	32
Tabela 3 - Distribuição de frequências da amostra por estado civil.	32
Tabela 4 - Distribuição de frequências da amostra por nível de escolaridade.	33
Tabela 5 - Distribuição de frequências da amostra por ausência de dentes.	33
Tabela 6 - Distribuição de frequências da amostra por uso de prótese dentária.	34
Tabela 7 - Estatística descritiva da pontuação do Índice GOHAI.	34
Tabela 8 - Distribuição das frequências consoante o nível de perceção de saúde oral. .	35
Tabela 9 – Distribuição descritivas de frequências da perceção de saúde oral por género. * Teste do Qui-quadrado	36
Tabela 10 – Médias de perceção de saúde oral por género. * <i>Teste t-student</i>	36
Tabela 11 - Distribuição descritivas de frequências perceção de saúde oral por faixa etária. * <i>Teste Qui-quadrado não aplicável</i>	37
Tabela 12- Médias de perceção de saúde oral por faixa etária. * <i>Teste t-student</i>	38
Tabela 13 - - Distribuição descritivas de frequências perceção de saúde oral por estado civil. * <i>Teste Qui-quadrado</i>	39
Tabela 14 - Médias de perceção de saúde oral por estado civil. * <i>Teste t-student</i>	39
Tabela 15 - - Distribuição descritivas de frequências perceção de saúde oral por nível de escolaridade. * <i>Qui-quadrado não aplicável</i>	40
Tabela 16 - Médias de perceção de saúde oral por nível de escolaridade. * <i>Teste t-student</i>	40
Tabela 17 - Distribuição descritivas de frequências da perceção de saúde oral por ausência de dentes. * <i>Teste de Qui-quadrado não aplicável</i>	41
Tabela 18 - Médias de perceção de saúde oral por ausência de dentes. * <i>Teste t-student</i> não aplicável	42
Tabela 19 - Relação entre uso de prótese dentária e perceção de saúde oral. * teste qui- quadrado	43
Tabela 20 - Médias de perceção de saúde oral por uso de prótese dentária.* <i>Teste t-student</i>	43
Tabela 21 - Distribuição das respostas consoante o domínio GOHAI.	45

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

OHRQoL – *Oral Health Related Quality of Life*

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index,

OHIP - Oral Health Impact Profile

OIDP - Oral Impacts on Daily Performances

I. INTRODUÇÃO

1. Fundamentos teóricos

Atualmente, o Homem tem uma maior longevidade, tal facto deve-se à queda dos níveis de mortalidade, levando-os a viverem até idades mais avançadas (Montenegro & Marchin, 2013).

Razak et al., 2014, referem que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a população mundial aumenta, por ano, 1,7% e a população acima dos 65 anos aumenta 2,5% (Razak et al., 2014).

Em Portugal, uma pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos (Direcção-Geral da Saúde, 2017). Em 2015, 20,5% da população tinha 65 ou mais anos, ocupando assim o 4º lugar da união Europeia, com uma grande percentagem de idosos (Direcção-Geral da Saúde, 2017; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017).

O envelhecimento é um processo natural, biológico e ineludível, da vida do ser humano. Com o avançar da idade, o indivíduos, necessitam de maior atenção para os cuidados de saúde (doenças crónicas sistémicas não transmissíveis e consequente polimedicação), isolamento social, dependência física, psicológica e monetária (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2017; Razak et al., 2014). Os indivíduos sofrem transformações fisiopatológicas regulares, e as mesmas têm repercussões não só ao nível da saúde geral, mas também da saúde oral. Estas podem manifestar-se ao nível da qualidade de saúde oral através do bem-estar geral, da mastigação, fonética e estética, originando a necessidade de desenvolver novas técnicas por parte dos profissionais de saúde para um atendimento diferenciado (Montenegro & Marchin, 2013; Ribeiro, Pires, & Pereira, 2012). No que respeita aos cuidados de saúde oral dos idosos, os odontogeriatras devem ter especial atenção ao diagnóstico, prevenção e tratamentos na prestação de cuidados, e ter consciência de que fazem parte de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde das diversas áreas (Shet et al., 2013).

A população idosa é a que utiliza mais os cuidados de saúde geral, mas utiliza pouco os cuidados de saúde oral. Os idosos, não procuram os serviços médico-dentários como uma escolha preventiva, geralmente recorrem a este serviço quando os problemas orais se agravam e os mesmos se apercebem (Saliba-serre, Ferrandez, & Ruquet, 2017).

Nesta altura de vida, as pessoas direcionam mais a sua atenção para serviços médicos (Nogueira, Falcão, Nuto, Saintrain, & Vieira-Mayer, 2017). A higiene oral tende a ser negligenciada devido ao fraco conhecimento e consciência acerca do tema (Cho et al., 2018). Os diversos fatores que limitam o acesso dos pacientes idosos ao cuidado oral mostram ser inúmeros e muitas vezes interdependentes, para além da falta de consciência dos próprios. Entre cuidadores, profissionais e instituições o mesmo também é verificado (Saliba-serre et al., 2017).

À medida que o conceito de saúde passou de um modelo biológico para um modelo psicossocial, médicos e investigadores começaram a reconhecer a existência de qualidade de vida na medicina e medicina dentária (Baiju, Peter, Varghese, & Sivaram, 2017).

A autopercepção de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, destaca o carácter subjetivo do conceito de saúde e bem-estar, baseado em experiências pessoais sobre a doença e a saúde que são afetadas pelo campo social decorrente. Esta percepção fundamenta-se em geral na informação e conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais do indivíduo (da Silva & Castellanos Fernandes, 2001).

O desenvolvimento de índices que qualidade de saúde oral, permitiu que através da autopercepção se alcance um cenário mais próximo da condição real do sujeito, apesar de não substituir a necessidade do exame clínico (da Silva & Castellanos Fernandes, 2001).

1.1 Envelhecimento

O conceito de envelhecimento define-se como o processo de múltiplas alterações biológicas ao nível celular e molecular, como a mudança de estrutura que os tecidos sofrem, bem como uma maior suscetibilidade para contrair doenças (Fuente, Santiago, Román, Dumitrache, & Casasanto, 2014; Rocha, Nihi, & Pizi, 2013). A OMS considera uma pessoa como idosa quando tem uma idade superior a 60 anos. Em países em desenvolvimento, esta é a idade “tabelada”, no entanto em países mais desenvolvidos, um indivíduo é considerado idoso a partir dos 65 anos, pelo que considerar um idoso pela

idade não é algo linear, o modo e estilo de vida também são fatores determinantes (WHO, 2002).

O envelhecimento pode ser dividido em duas vertentes: individual: que é condicionado por fatores biológicos, sociais económicos, culturais e históricos, sujeitando a pessoa às diversas mudanças destes campos; e populacional: que se define a pela envolvimento do coletivo (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

A diminuição da taxa de mortalidade deve-se fundamentalmente às melhorias das condições de vida e de saúde. Hoje em dia, pretende-se instalar a ideia de envelhecimento saudável, cujo objetivo é manter a capacidade funcional e bem-estar do indivíduo até à idade mais avançada possível (Direcção-Geral da Saúde, 2017; Fuente et al., 2014; WHO, 2002).

Em Portugal a população idosa aumentou de 16% para 19% entre 2001 e 2011. Em termos de envelhecimento e longevidade ambos aumentaram significativamente entre 2001 e 2011 (Ribeiro et al., 2012).

Em 1997 a OMS desenvolveu o conceito de envelhecimento ativo que tem como objetivo a participação do idoso de forma persistente na vida social, económica, social, espiritual e cívica. É, portanto, um método de criar oportunidades para a saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida à medida que os idosos envelhecem (Cabral et al., 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2017; WHO, 2002).

1.2 Saúde Geral e Saúde Oral do idoso

1.2.1 Saúde Geral

Segundo a OMS, saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não somente ausência de uma doença ou enfermidade”. Esta definição não se restringe apenas à parte física do ser humano, engloba também a parte mental e social (WHO, 2002).

Dado o desenvolvimento dos cuidados e tratamentos de saúde disponíveis para a população, a gravidade e o tipo de problemas de saúde tem vindo a modificar-se, uma vez que estes estão mais disponíveis e acessíveis (M. C. De Melo et al., 2009).

A OMS sugere que as políticas de saúde na área do envelhecimento tenham em consideração as determinantes de saúde ao longo da vida (sociais, económicas, comportamentais, pessoais, culturais, ambiente físico e acesso a serviços). O objetivo da OMS da educação para a saúde é desenvolver, o sentido de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde comunitária (M. C. De Melo et al., 2009).

1.2.2 Saúde oral do idoso

A qualidade de vida no que se refere à saúde oral, observa-se através da avaliação individual dos sinais e sintomas que o indivíduo apresenta, com especial realce para o edentulismo, dor orofacial, alterações na mastigação e deglutição, dificuldades na fala, autoestima alterada, alterações do paladar, secura da cavidade oral, perda de dimensão vertical, e patologias orais, que têm efeitos pejorativos no idoso (Lima, Carvalho, Edson, Barbosa, & Miranda, 2013; Rocha et al., 2013; Shao et al., 2018; Ying, Ngo, Thomson, Subramaniam, & Abdin, 2018).

A saúde oral tem um papel determinante para a qualidade de vida, no entanto ainda é muitas vezes avaliada de forma separada da saúde geral (Cho et al., 2018). Não existem doenças orais exclusivamente associadas a doentes geriátricos, estas doenças ocorrem devido a fatores relacionados com o estado de saúde geral do idoso, pelo que estes dois conceitos não devem ser avaliados separadamente (Rocha et al., 2013; Shao et al., 2018).

Os problemas de saúde oral dos idosos podem levar a alterações das condições sistémicas, alterações na seleção dos alimentos, diminuição da qualidade nutricional e consequente diminuição da qualidade de vida. A doença oral não conduz somente dor, diminuição da eficácia mastigatória, entre outros problemas já mencionados, influencia também a saúde geral, aumentando o risco de doenças neurológicas, endócrinas, cardiovasculares e respiratórias (Shao et al., 2018).

Um dos problemas mais evidente do idoso é a perda de peças dentárias (Cho et al., 2018). A perda dentária deriva de problemas como a periodontite e cárie (cárie radicular). A origem destas doenças é normalmente associada a uma má higiene oral (Cárdenas et al., 2012).

Nem sempre a má higiene da cavidade oral está associada a falta de motivação, a perda de habilidade manual, processos degenerativos, e diminuição da visão, são fatores que contribuem para que esta tarefa se torne mais difícil (Rocha et al., 2013).

A compreensão por parte do idoso, cuidadores e profissionais de saúde para a necessidade de tratamento, de uso de prótese dentária, e lesões da mucosa oral, podem auxiliar no desenvolvimento e na implementação de estratégias de prestação de cuidados orais e de educação específicas (Rocha et al., 2013).

A saúde oral é um fator importante para a felicidade, saúde geral e qualidade de vida (Cho et al., 2018). No entanto, ainda não existe uma facilidade de acesso aos serviços médico-dentários que permita que todos os idosos tenham uma boa saúde oral (Rocha et al., 2013).

1.3 Qualidade de vida

A qualidade de vida define-se como “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações” (Direcção-Geral da Saúde, 2017; Whoqol Group, 1995).

Para os idosos, a qualidade de vida engloba três elementos essenciais: saúde, ambiente socio-cultural e estabilidade financeira. Qualquer um destes elementos pode ser alterado por fatores externos, modificando o percurso da vida (Cabral et al., 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2017). Com o objetivo de preservar a saúde e a qualidade de vida, têm sido exigidas respostas relativamente a políticas de saúde orientadas à população idosa (Cabral et al., 2013).

Para Locker, os termos “saúde” e “qualidade vida” são complexos. Na sua perspectiva, são complicados de descrever, multidimensionais, subjetivos, são processos constantemente evolutivos e variam de acordo com os contextos sociais, culturais, políticos e práticos (Baiju et al., 2017; D Locker, 1988).

Desde que a OMS ampliou o conceito de saúde, houve um reconhecimento da relação de qualidade de vida e saúde, resultando assim numa mudança dos termos saúde

e doença que apenas eram vistos como modelos médicos, para um modelo biopsicossocial. A qualidade de vida é um conceito abrangente e que é facilmente afetado pelo estado psicológico, saúde física, crenças, relações sociais e a relação com o seu ambiente (Baiju et al., 2017).

A qualidade de vida percebida é a autoavaliação que cada pessoa faz acerca dos seus domínios comportamentais e possui indicadores como saúde percebida, doenças, medicação ingerida, dor e desconforto, percepção de alterações cognitivas e raciocínio de autoeficácia nos domínios físico e cognitivo (Whoqol Group, 1995).

1.4 Qualidade de vida e saúde oral

O termo qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OHRQoL – *Oral Health Related Quality of Life*), foi escolhido para medir aspetos subjetivos da saúde oral. Está sujeito à avaliação abrangente do estado oral nas diferentes áreas: física, psicológica e social (Shao et al., 2018).

Atchinson e Dolan basearam-se em 3 suposições: 1) a saúde oral pode ser medida pela autoavaliação; 2) os níveis de saúde oral variam entre sujeitos, e essa variação pode ser evidenciada no uso de medidas baseadas na autopercepção do sujeito; 3) a autopercepção foi identificada como uma ferramenta preditiva de saúde oral (Montes-Cruz et al., 2014).

A saúde oral pode influenciar a saúde geral do idoso. Os problemas de saúde oral têm vindo a ser declarados como responsáveis pelo impacto negativo nas atividades diárias, causando dor, sofrimento, mal-estar psicológico e privação social (Baiju et al., 2017).

Uma autopercepção de saúde oral baixa pode levar a um fraco ou ausente cuidado oral e tratamento médico-dentário que tem como consequência uma fraca saúde oral. Assim os problemas refletem-se na qualidade de vida e autoestima do idoso (Baiju et al., 2017).

1.5 Autopercepção de saúde oral

Define-se como autopercepção de saúde, a tradução individual relativamente ao seu estado de saúde e experiências diárias do idoso, sustentada na informação e nos conhecimentos disponíveis, da noção de saúde e doença, de experiência prévia e dos contextos sociais culturais e históricos, tendo como exemplos classe social, idade, rendimentos e sexo (Fonseca, Almeida, & Silva, 2011; Nogueira et al., 2017).

No que diz respeito à saúde oral, além do indivíduo ter percepção da sua saúde como um todo, esta é influenciada pelas suas convicções, perfil sociodemográfico e pelo histórico de problemas orais (Bidinotto et al., 2017). “A autopercepção de saúde oral é uma medida multidimensional que, refletindo a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar físico e psicossocial, determina a procura de tratamentos dentários” (Carvalho, Manso, Escoval, Salvado, & Nunes, 2013). Segundo Da silva & Castellanos Fernandes, (2011), estudos sobre autopercepção estão relacionados com fatores clínicos (dentes cariados, perdidos ou obturados) e com fatores subjetivos como a capacidade do indivíduo sorrir, falar, mastigar e deglutir sem problemas, e sintomas de enfermidades.

Para a população idosa, a percepção pode alterar-se por importâncias pessoais, como a crença em algumas dores e incapacidade, que podem levar a pessoa subestimar a sua condição oral (da Silva & Castellanos Fernandes, 2001).

Na autopercepção, os hábitos individuais podem conduzir à mudança de comportamentos de uma população, de forma a que os indicadores dessa autopercepção sejam uma ferramenta para direcionar os serviços de prestação de cuidados de saúde oral para este tipo de população (Rocha et al., 2013).

A autopercepção de saúde é utilizada em pesquisas epidemiológicas que permite recolher dados sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de uma população (Tamayo-Fonseca et al., 2013). Investigadores desenvolveram questionários padronizados, concebidos para complementar indicadores clínicos baseados na autopercepção, que fornecem informações sobre o estado de saúde de uma população (Rocha et al., 2013; Tamayo-Fonseca et al., 2013). Esta é uma medida complexa que associa diversas dimensões de saúde (Tamayo-Fonseca et al., 2013).

1.6 Índices de Qualidade de saúde oral

Existem diversos questionários padronizados que abordam problemas funcionais, sociais e psicológicos consequentes das condições da cavidade oral (da Silva & Castellanos Fernandes, 2001) .

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), *Oral Health Impact Profile* (OHIP), e *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) são exemplos para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde oral - *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQoL) (Carvalho et al., 2013; David Locker & Allen, 2007). A OHRQoL é uma medida multidimensional, com avaliação subjetiva da saúde oral, bem-estar (funcional e emocional), expectativas e satisfação com o cuidado e senso do indivíduo. Tem aplicações de grande alcance em diversos tipos de pesquisas e investigações clínicas (Cornejo, Perez, de Lima, Casals-Pedro, & Borrell, 2013; Sisco & Broder, 2011).

O GOHAI é constituído por 12 questões, específico para indivíduos mais velhos que mede os problemas funcionais orais e impactos psicossociais relacionados com doenças orais (D Locker, Matear, Stephens, Lawrence, & Payne, 2001).

O OHIP inicialmente era constituído por 49 questões, mas atualmente existe uma forma abreviada com 14 questões. O OHIP foi concebido para recolher dados sobre disfunção, desconforto e incapacidade atribuída às condições orais (D Locker et al., 2001).

O OIDP é utilizado para avaliar as necessidades odontológicas da população com o fim de planear o serviço médico-dentário. Este indicador de saúde oral mede os impactos comportamentais dos distúrbios orais e até que ponto a capacidade física, psicológica e social é comprometida. OIDP não inclui termos como qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde, no entanto a versão infantil é descrita como uma medida da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (David Locker & Allen, 2007).

1.6.1 GOHAI

O GOHAI, foi desenvolvido por Atchinson e Dolan (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2016, 2013; Fonseca et al., 2011), cujo objetivo é recolher dados sobre a

autopercepção da saúde oral dos idosos, de forma a avaliar o impacto que a sua saúde oral tem na sua qualidade de vida (Carvalho et al., 2013; Fonseca et al., 2011). Atualmente este índice já se encontra traduzido em diversas línguas (Shao et al., 2018), nomeadamente de países ocidentais com população envelhecida à semelhança de Portugal. São eles Alemanha, Espanha, França e Portugal que (Carvalho et al., 2013).

É constituído por 12 questões que abordam vários domínios dos problemas orais como a função física e funcional, psicológica, social, dor e desconforto (Carvalho et al., 2016, 2013; Fonseca et al., 2011; Shao et al., 2018). Estas questões, têm como objetivo avaliar se nos últimos 3 meses, o idoso teve algum problema oral que interferisse com a qualidade de vida (Carvalho et al., 2016, 2013; Fonseca et al., 2011). Cada pergunta tem três opções de resposta: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, e cada uma destas opções tem um valor atribuído - 1, 2 e 3 respetivamente, que somado, pode variar entre a pontuação mínima de 12 valores e pontuação máxima de 36 valores. Indivíduos com uma pontuação < 30 têm uma autopercepção baixa, entre 30 e 33 moderada e entre 34-36 uma autopercepção elevada (Carvalho et al., 2016, 2013; Fonseca et al., 2011).

Os três principais domínios envolvidos são (Carvalho et al., 2016):

- Físico e/ou funcional: representada pela mastigação, deglutição e fala (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2016);
- Psicossocial: preocupação com a saúde oral, aparência, consciência sobre a saúde oral, afetação do contacto social fala (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2016);
- Dor e/ou desconforto: nomeadamente no uso de medicação para diminuir o desconforto e a dor (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2016).

Através do GOHAI, é possível autoavaliar a qualidade de vida, percebendo se uma pessoa tem capacidade de entender o funcionamento da sua rotina de forma a aumentar a adesão a comportamentos saudáveis e cuidados de saúde oral (Carvalho et al., 2013; L. A. de Melo, Sousa, Medeiros, Carreiro, & Lima, 2016).

O GOHAI foi recomendado como um método padrão de colheita de dados para a análise da OHRQoL, sendo uma referência no planeamento de ações de saúde direcionadas para o idoso (D Locker et al., 2001; Shao et al., 2018).

1.7 Caracterização do paciente odontogeriatrico

“A odontogeriatría é o ramo da Medicina dentária que se ocupa do atendimento dentário aos adultos mais velhos, focando-se no diagnóstico, tratamento e prevenção de problemas associados ao envelhecimento normal e às doenças que surgem com o avançar da idade” (Shet et al., 2013).

A geriatria é uma especialidade que exige o conhecimento e técnicas adequados à idade avançada de um individuo. São necessárias capacidades de comunicação e relação interpessoal, para perceber o doente (Slack-Smith, Hearn, Wilson, & Wright, 2015). As necessidades dos idosos tornam-se maiores com o tempo, trazendo vários obstáculos para o acesso aos cuidados dentários, como um estado de saúde mais débil, possível institucionalização, falta de informação e condições financeiras (Issrani, Ammanagi, & Keluskar, 2012; Slack-Smith et al., 2015). Condições de saúde como doenças sistémicas crónicas, que têm como consequência a polimedicação, podem ter repercussões a nível oral, o que leva a que o médico-dentista tenha que estar familiarizado e devidamente atualizado acerca deste tema, de forma a adequar-se às alterações de planos de tratamento. (Issrani et al., 2012).

1.7.1 Caracterização do paciente geriátrico da Clínica Dentária Egas Moniz

O estudo de Gil, (2014), caracterizou os utentes geriátricos, com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentaram a Clínica Dentária Egas Moniz entre Novembro de 2013 e Março de 2014. O objetivo deste estudo foi determinar as características prevalentes destes doentes com as seguintes conclusões:

- A maioria dos idosos era do sexo masculino, reformados e casados;
- Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma e Colesterol foram as patologias sistémicas mais frequentes destes pacientes;
- A maioria tomava pelo menos um medicamento, consome álcool nas refeições e não fuma;
- A higiene oral era realizada entre uma a duas vezes por dia;
- Em média utilizavam próteses há mais de 15 anos;
- A população tinha ausência de inúmeros dentes, com consequências como diminuição da dimensão vertical;

- O terço cervical do dente, foi o terço que mais apresentou cárie, e para o seu tratamento o material restaurador eleito era a resina composta;
- A doença periodontal foi prevalente neste tipo de população com consequências como a hemorragia à sondagem e mobilidade dentária;
- As estruturas dentárias com alterações de atrição;
- Não existiram alterações notórias ao nível dos tecidos moles;
- Os seus planos de tratamento eram direccionados para a Medicina Dentária Preventiva, Cirurgia, Dentisteria, Reabilitação Oral e Periodontologia (no entanto, com pouca adesão às consultas de Periodontologia e Dentisteria).

II. OBJETIVOS E HIPÓTESES

1. Objetivos

- Avaliar a autopercepção da qualidade da saúde oral dos idosos através da aplicação de um questionário que inclui o índice de GOHAI;
- Avaliar se os indicadores sociodemográficos e condições subjetivas de saúde oral estão associados ao nível de percepção de saúde oral.

2. Hipóteses:

- Hipótese 1: Os idosos avaliam a auto-percepção de saúde oral como baixa;
- Hipótese 2: Os idosos avaliam a auto-percepção de saúde oral como moderada;
- Hipótese 3: Os idosos avaliam a auto-percepção de saúde oral como elevada

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações Éticas

A proposta de projeto foi previamente submetida e aprovada pela Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUEM, autorizada pela direção Clínica da Clínica Dentária Egas Moniz, submetido e posteriormente, aprovado por unanimidade pela Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz.

Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Informado (Anexo 1), aceitando participar no estudo, tendo sido previamente esclarecidos acerca dos objetivos do mesmo.

Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para análise estatística, e foram assegurados a confidencialidade e o anonimato.

Em momento algum, a realização deste estudo alterou, ou interferiu com a consulta prestada ao doente.

Para realizar este estudo não foi necessário um apoio financeiro.

2. Tipo de Estudo

O presente estudo teve numa primeira abordagem um carácter descritivo, de forma a perceber quais as características mais prevalentes na população de doentes geriátricos que frequentam a Clínica Dentária Egas Moniz. Para tal, foi aplicado um questionário com perguntas de dados sociodemográficos, condições subjetivas de saúde oral e o índice GOHAI entre Dezembro de 2017 e Maio de 2018. Assim, as variáveis selecionadas foram agrupadas nos seguintes grupos:

- Dados sociodemográficos;
- Condições subjetivas de saúde oral;
- GOHAI.

O estudo adotou um carácter exploratório, na medida em que foram cruzadas variáveis com o intuito de obter possíveis relações estatisticamente relevantes.

3. Local do Estudo

O estudo foi realizado na Clínica Dentária Egas Moniz, do Instituto Universitário Egas Moniz.

4. Amostra

4.1 Seleção da Amostra

A amostra deste estudo teve um total de 93 indivíduos. Estes foram questionados antes da consulta de Odontogeriatría.

4.1.1 Critérios de Inclusão

- Doentes idade igual ou superior a 65 anos;
- Doentes que saibam ler e escrever;
- Doentes que consigam perceber e responder ao questionário, bem como o que é explicado no consentimento informado.

4.1.2 Critérios de Exclusão

- Foram excluídos todos os doentes com menos de 65 anos;
- Doentes que não soubessem ler ou escrever;
- Doentes que não entendessem o que era pedido ou que recusassem participar no estudo.

5. Associação entre variáveis de estudo

Neste estudo são utilizadas variáveis independentes e variáveis dependentes.

5.1 Variáveis independentes

São as variáveis que irão permitir perceber se há interferência no resultado da variável dependente. Estas variáveis estão divididas em duas categorias:

- Dados sociodemográficos: género idade; estado civil e nível de escolaridade;
- Condições subjetivas de saúde oral: ausência de dentes e uso de prótese.

5.2 Variáveis dependentes

São as variáveis relacionadas com a autoperceção de saúde oral dos idosos inquiridos. Através desta variável é possível averiguar se existe interferência da variável independente.

6. Questionário

O questionário foi distribuído e aplicado antes das consultas de odontogeriatria.

Primeiramente foi explicado qual o tema do estudo, “A Autoperceção da qualidade de saúde oral dos doentes de odontogeriatria da Clínica Dentária Egas Moniz”, cujo objetivo era avaliar a autoperceção de saúde oral dos idosos através da aplicação de um questionário na consulta de odontogeriatria e pedido que fosse assinado um consentimento em como aceitaria participar no estudo. No consentimento informado, estava explícito de a participação do idoso seria voluntária; a sua não participação não lhe traria qualquer prejuízo; assegurada confidencialidade e os dados recolhidos seriam apenas utilizados para fins estatísticos, e/ou publicações científicas.

De seguida foi distribuído o questionário (Anexo 2) que se encontrava dividido em duas partes: uma primeira parte em que os doentes indicavam os seus dados sociodemográficos e algumas condições subjetivas de saúde oral e a segunda parte com as 12 perguntas do GOHAI (traduzidas e validadas para português). Todas as perguntas do questionário eram de resposta fechada.

A primeira parte, foi constituída com as seguintes questões sobre os dados sociodemográficos e condições subjetivas de saúde oral:

- Género: feminino ou masculino;
- Idade: 65-75 anos, 76-85 anos e ≥ 86 anos;
- Estado civil: solteiro, casado, divorciado ou viúvo;
- Nível de escolaridade: até ao 4º ano; até ao 7º ano, até ao 9º ano, até ao 12º ano, ensino superior;
- Ausência de dentes: sim ou não;
- Utilização de prótese: sim ou não.

As questões do índice de GOHAI englobam vários parâmetros, que permitem avaliar as condições de saúde oral do idoso, mas também perceber qual a influência que a saúde oral tem no seu quotidiano, como a função física, domínio Psicossocial e Dor e desconforto.

As opções de resposta ao longo destas doze questões são: “Sempre”, “Algumas vezes” e “Nunca”. Cada uma destas opções de resposta tem um valor atribuído:

- “Sempre”, a cotação de um valor;
- “Algumas vezes”, a cotação de dois valores;
- “Nunca”, cotação de três valores.

Por fim, somam-se estes valores, obtendo uma pontuação que varia entre 12 e 36 pontos. Consoante o valor obtido na soma pode extrapolar-se para o nível de autopercepção de saúde oral que o idoso tem, sendo que um valor <30 indica que o idoso tem um nível uma auto-percepção baixa, entre 30-33 tem autopercepção moderada, e ≥ 34 percepção elevada. Isto significa que à partida, uma pontuação mais baixa significa piores condições de saúde oral e uma pontuação mais elevada significa que poderá ter melhores condições de saúde oral.

7. Análise estatística

Para análise estatística utilizaram-se medidas de estatística descritiva (frequências, médias e desvios padrão) e metodologia de estatística inferencial. Neste âmbito,

aplicaram-se o teste t de Student, o teste H de Kruskal-Wallis, e o teste Qui-quadrado, para testar variáveis qualitativas.

O nível de significância foi fixado em 5% ($p \leq 0,05$).

A análise estatística foi efetuada com o IBM SPSS Statistics versão 24.0 para Windows.

IV. RESULTADOS

1. Análise descritiva dos doentes de Odontogeriatría

O questionário foi distribuído por 93 idosos, antes da consulta de Odontogeriatría. Nas tabelas abaixo é possível identificar e caracterizar a amostra pelo género, idade, estado civil, nível de escolaridade, ausência de dentes e utilização de prótese.

1.1 Indicadores sociodemográficos

Dos 93 idosos, 42 são do sexo feminino, o equivalente a 45,2% da amostra, e 51 são do sexo masculino, correspondendo a 54,8% da amostra (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequências da amostra por género.

GÉNERO		
	Frequência	Percentagem (%)
FEMININO	42	45,2
MASCULINO	51	54,8
TOTAL	93	100,0

Relativamente à idade, as opções de resposta estavam divididas por faixas etárias, com um intervalo de 10 anos. Pode afirmar-se que neste estudo, 56 indivíduos (60,2%) encontravam-se entre os 65-75 anos, 24 idosos (25,8%) entre os 76-85 anos e 13 idosos (14,0%) tinham 86 ou mais anos (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequências da amostra por faixa etária.

FAIXA ETÁRIA		
	Frequência	Percentagem (%)
65-75	56	60,2
76-85	24	25,8
≥ 86	13	14,0
TOTAL	93	100,0

A maioria dos idosos (65) que responderam ao questionário eram casados, o que corresponde a 69,9% da amostra, observando-se assim uma minoria dos idosos solteiros, divorciados ou viúvos (28) que foram apenas 30,1% da amostra (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequências da amostra por estado civil.

ESTADO CIVIL		
	Frequência	Percentagem (%)
SOLTEIRO/DIVORCIADO/ VIÚVO	28	30,1
CASADO	65	69,9
TOTAL	93	100,0

Verificou-se que a generalidade (78 idosos), possuíam o nível básico de escolaridade, 83,9% e, apenas 15 idosos, estudou o equivalente ao ensino secundário ou superior, 16,1% (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequências da amostra por nível de escolaridade.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
	Frequência	Percentagem (%)
ENSINO BÁSICO	78	83,9
ENSINO SECUNDÁRIO/SUPERIOR	15	16,1
TOTAL	93	100,0

1.2 Condições subjetivas da cavidade oral

No que se refere à ausência ou não de dentes, é notório que, o número de idosos desdentados esteve muito próximo dos 100%. Verificou-se que 91 idosos, 97,8%, tem falta de dentes, e apenas 2 idosos, 2,2%, disse ter todos os dentes (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequências da amostra por ausência de dentes.

AUSÊNCIA DE DENTES		
	Frequência	Percentagem (%)
SIM	91	97,8
NÃO	2	2,2
TOTAL	93	100,0

Relativamente ao uso de prótese, é possível constatar que 65 indivíduos, o que equivale a 69,9%, usam prótese dentária. Em contrapartida, 28 indivíduos não usavam prótese, isto é, 30,1% (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de frequências da amostra por uso de prótese dentária.

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA		
	Frequência	Percentagem (%)
SIM	65	69,9
NÃO	28	30,1
TOTAL	93	100,0

2. Análise estatística do índice GOHAI

A pontuação do Índice teve um valor mínimo de 21 e uma pontuação máxima de 36. A pontuação média das respostas foi de 30,8 valores, ou seja, de uma percepção moderada de saúde oral. Estes resultados são possíveis de verificar na tabela 7.

Tabela 7 - Estatística descritiva da pontuação do Índice GOHAI.

ÍNDICE GOHAI	
N	93
MÉDIA	30,8
MEDIANA	31,0
DESVIO PADRÃO	3,2
MÁXIMO	36
MÍNIMO	21

Das pontuações do índice GOHAI, é evidente que uma maior percentagem de indivíduos, 47,3%, tem uma percepção de saúde oral moderada (pontuação entre 30 e 33), ou seja, 44 idosos, estando em conformidade com a média das respostas. Cerca de 28,0% da população tem uma percepção baixa (< a 30 pontos) e 24,7% têm uma percepção elevada (34-36 pontos), tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das frequências consoante o nível de percepção de saúde oral.

NÍVEL DE PERCEÇÃO		
	Frequência	Percentagem (%)
BAIXA (<30)	26	28,0
MODERADA (30-33)	44	47,3
ELEVADA (34-36)	23	24,7
TOTAL	93	100,0

2.1 Relação entre indicadores sociodemográficos e o Índice GOHAI

Numa perspetiva de perceber se a autoperceção de saúde oral dos idosos era consistente consoante o género, faixa etária, estado civil e nível de escolaridade, compararam-se as variáveis independentes com a pontuação obtida pelo índice.

Em primeiro lugar verificou-se que a percepção de saúde oral não é afetada pelo sexo do idoso, ou seja, as variáveis não estão associadas. Pode concluir-se que o resultado da pontuação é independente do género do idoso, $p = 0,416$ (teste qui-quadrado), tabela 9.

Foi possível conferir que neste estudo ambos os sexos têm uma percepção de saúde oral moderada. Verificou-se que não existem diferenças significativas entre as médias da pontuação obtida, $p = 0,100$ (*teste-t de Student*). No sexo feminino observou-se uma média $30,1 \pm (3,7)$ e no sexo masculino com uma média de $31,2 \pm (2,8)$ (tabela 10).

No entanto, as mulheres pareceram ter uma percepção tendencialmente mais baixa, 76,2%, ao contrário dos homens do que se verificou no que respeita a uma percepção elevada, 76,5% (tabelas 9 e 10).

Tabela 9 – Distribuição descritivas de frequências da percepção de saúde oral por género. * Teste do Qui-quadrado

NÍVEL DE PERCEÇÃO POR GÉNERO			
SEXO FEMININO		Frequência	Percentagem (%)
	Percepção baixa	15	35,7
	Percepção moderada	17	40,5
	Percepção elevada	10	23,8
	Total	42	100,0
SEXO MASCULINO		p = 0,416*	
	Percepção baixa	12	23,5
	Percepção moderada	26	51,0
	Percepção elevada	13	25,5
	Total	51	100,0
TOTAL		93	100,0

Tabela 10 – Médias de percepção de saúde oral por género. *Teste t-student

MÉDIAS DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL POR GÉNERO			
	N	Média	Desvio padrão
FEMININO	42	30,1	3,7
MASCULINO	51	31,2	2,8

p = 0,100*

Idosos com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos, consideram o seu estado de saúde oral como moderado (entre os 65-75 anos com um total de 58,2% e entre os 76-85 com um total de 45,8%). Contudo, em idades superiores ou iguais a 86 anos, têm uma

percepção moderada-baixa, pois 38,5% consideraram a sua percepção de saúde como moderada e a mesma percentagem como baixa (tabela 11).

Verificou-se que nos três parâmetros avaliados, a percepção é moderada. Não existem diferenças significativas entre as médias, $p = 0,905$, valor obtido com através do teste de Kruskal-Wallis. As médias de respostas foram: doentes na faixa etária entre 65-75 anos $30,9 \pm (3,0)$; doentes entre os 76-85 anos $30,6 \pm (3,3)$ e \geq que 86 anos $30,2 \pm (4,2)$ (tabela 12).

Tabela 11 - Distribuição descritivas de frequências percepção de saúde oral por faixa etária. *Teste Qui-quadrado não aplicável

NIVEL DE PERCEÇÃO POR FAIXA ETÁRIA			
65-75 ANOS		Frequência	Percentagem (%)
	Percepção baixa	15	26,8
	Percepção moderada	27	58,2
	Percepção elevada	14	26,1
	Total	56	100
76-85 ANOS		Frequência	Percentagem (%)
	Percepção baixa	7	29,2
	Percepção moderada	11	45,8
	Percepção elevada	6	25,0
	Total	24	100
≥ 86 ANOS		Frequência	Percentagem (%)
	Percepção baixa	5	38,5
	Percepção moderada	5	38,5
	Percepção elevada	3	23,0
	Total	13	100
TOTAL		93	100

NA*

Tabela 12- Médias de percepção de saúde oral por faixa etária. *Teste t-student

MÉDIAS DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL POR FAIXA ETÁRIA

	N	Média	Desvio padrão	p = 0,905*
65-75	56	30,9	3,0	
76-85	24	30,6	3,3	
≥ 86	13	30,2	4,2	

Após comparar a relação entre percepção de saúde oral e estado civil, concluiu-se que o resultado da pontuação foi dependente do estado civil, $p = 0,048$ (teste do Qui-quadrado), tabela 13.

Verificou-se ainda que a maioria dos solteiros, viúvos ou divorciados têm uma percepção maioritariamente baixa, 46,4%, com tendência a moderada, 32,1% e os casados uma percepção maioritariamente moderada, 52,3% (tabela 13).

É possível conferir através das médias de percepção de saúde oral que não existiram diferenças significativas, $p = 0,086$ (teste *t-student*), como é possível conferir na tabela 14. Solteiros, viúvos e divorciados têm média de $29,8 \pm (3,9)$ e casados uma média de $31,2 \pm (2,8)$. Apesar de estatisticamente não ter havido uma diferença significativa, no âmbito do índice, é a diferença entre nível de percepção baixo ou nível de percepção moderado (tabela 14).

Tabela 13 - - Distribuição descritivas de frequências percepção de saúde oral por estado civil. *Teste Qui-quadrado.

NÍVEL DE PERCEÇÃO POR ESTADO CIVIL			
SOLTEIROS/ DIVORCIADOS/VIÚVOS		Frequência	Percentagem (%)
	Percepção baixa	13	46,4
	Percepção moderada	9	32,1
	Percepção elevada	6	21,4
	Total	28	100
CASADOS		Frequência	Percentagem (%)
	Percepção baixa	14	21,5
	Percepção moderada	34	52,3
	Percepção elevada	17	26,2
	Total	65	100
TOTAL		93	100

P = 0,048*

Tabela 14 - Médias de percepção de saúde oral por estado civil. *Teste t-student

MÉDIAS DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL POR ESTADO CIVIL			
	N	Média	Desvio padrão
SOLTEIROS/ DIVORCIADOS/VIÚVOS	28	29,8	3,9
CASADOS	65	31,2	2,8

p=0,086*

Neste estudo, o nível de escolaridade não teve interferência no nível de autopercepção de saúde oral. Ambos têm uma percepção moderada: 46,2% dos indivíduos com ensino básico e 46,7% de ensino secundário ou superior (tabela 15). Foi possível observar que idosos

com ensino secundário ou superior têm tendência para uma percepção mais baixa de saúde oral (40,0% teve uma percepção baixa) (tabela 15).

Não existiram diferenças significativas entre idosos com ensino básico e idosos com ensino secundário ou superior ($p = 0,843$). As médias de percepção foram $30,8 \pm (3,4)$ em idosos com ensino básico e $30,6 \pm (2,6)$ em idosos com ensino secundário ou superior (tabela 16).

Tabela 15 - - Distribuição descritivas de frequências percepção de saúde oral por nível de escolaridade.

*Qui-quadrado não aplicável.

NÍVEL DE PERCEÇÃO POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

ENSINO BÁSICO		Frequência	Percentagem (%)	NA*
	Percepção baixa	21	26,9	
	Percepção moderada	36	46,2	
	Percepção elevada	21	26,9	
	Total	78	100	
ENSINO SECUNDÁRIO/SUPERIOR		Frequência	Percentagem (%)	NA*
	Percepção baixa	6	40,0	
	Percepção moderada	7	46,7	
	Percepção elevada	2	13,3	
	Total	15	100	
TOTAL		93	100	

Tabela 16 - Médias de percepção de saúde oral por nível de escolaridade. *Teste t-student

MÉDIAS DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

	N	Média	Desvio padrão	p = 0,843*
ENSINO BÁSICO	78	30,8	3,4	
ENSINO SECUNDÁRIO/SUPERIOR	15	30,6	2,6	

2.2 Relação entre condições de saúde oral e o Índice GOHAI

Neste estudo, relativamente às condições de saúde oral, usaram-se variáveis como a ausência de dentes e a utilização de prótese.

Dos inquiridos, apenas 2 indivíduos disseram ter toda a dentição. Ainda assim, tanto no grupo com ausência de dentes como no grupo sem ausência de dentes, ambos têm pontuações de uma perceção moderada: 45,1% dos edêntulos e 100% dos dentados (tabela 17).

Não foi possível verificar a existência de diferenças significativas. A média de idosos com ausência de dentes foi $30,7 \pm (3,3)$ e dos idosos com todos os dentes foi $31,5 \pm (0,7)$, tabela 18.

Tabela 17 - Distribuição descritivas de frequências da perceção de saúde oral por ausência de dentes.
*Teste de Qui-quadrado não aplicável

NÍVEL DE PERCEÇÃO POR AUSÊNCIA DE DENTES			
SIM		Frequência	Percentagem (%)
	Perceção baixa	27	29,7
	Perceção moderada	41	45,1
	Perceção elevada	23	25,3
	Total	91	100
NÃO		Frequência	Percentagem (%)
	Perceção baixa	0	0
	Perceção moderada	2	100
	Perceção elevada	0	0
	Total	2	100
TOTAL		93	100

NA*

Tabela 18 - Médias de percepção de saúde oral por ausência de dentes. *Teste t-student não aplicável

MÉDIA DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL POR AUSÊNCIA DE DENTES

	N	Média	Desvio padrão	NA*
SIM	98	30,7	3,3	
NÃO	2	31,5	0,7	

Ao analisar a pontuação de doentes portadores de prótese e não portadores de prótese, verificou-se que as variáveis não estão associadas. $p = 0,314$ (teste Qui-quadrado), tabela 19.

Em ambas as circunstâncias, a maioria encontra-se com percepção moderada: 47,7% dos que usavam prótese e 42,9% dos idosos que não utilizam prótese neste estudo.

No entanto os utilizadores de prótese dentária têm uma percentagem maior de uma percepção mais elevada (75,4%) enquanto que os idosos que não de prótese dentária têm uma percepção mais baixa (tabela 19).

No que respeita à utilização ou não de prótese dentária, não existem diferenças significativas entre as médias, $p = 0,402$ (teste-t de *Student*). Portadores de prótese têm uma média de $30,9 \pm (2,4)$ e não portadores de prótese têm uma média de $30,3 \pm (2,9)$ como é possível confirmar na tabela 20.

Tabela 19 - Relação entre uso de prótese dentária e percepção de saúde oral. * teste Qui-quadrado

NÍVEL DE PERCEÇÃO POR USO DE PRÓTESE			
SIM		Frequência	Percentagem (%)
	Perceção baixa	16	24,6
	Perceção moderada	31	47,7
	Perceção elevada	18	27,7
NÃO		Frequência	Percentagem (%)
	Perceção baixa	11	39,3
	Perceção moderada	12	42,9
	Perceção elevada	5	17,9
	Total	28	100
TOTAL		93	100

p = 0,314*

Tabela 20 - Médias de percepção de saúde oral por uso de prótese dentária. *Teste t-student

MÉDIAS DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL POR USO DE PRÓTESE				
	N	Média	Desvio padrão	p = 0,402*
SIM	65	30,9	3,4	
NÃO	28	30,3	2,9	

Na tabela 21, é possível verificar como foi a distribuição de respostas consoante o domínio que cada conjunto de questões engloba.

As questões 7, 8 e 10 são questões relacionadas com o domínio físico e funcional:

- Questão 7 - Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?
- Questão 8 - Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?
- Questão 10 - Nos últimos 3 meses mudou o modo de falar por causa dos problemas da sua boca?

Dos idosos inquiridos, 62,0% respondeu “nunca” a estas 3 questões. 29,4% “algumas vezes” e 8,6% “sempre” (tabela 21).

As questões 12, 13, 15, 16 e 17 dizem respeito ao domínio Psicossocial.

- Questão 12 - Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?
- Questão 13 - Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?
- Questão 15 - Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?
- Questão 16 - Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?
- Questão 17 - Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?

A questão nº 13, pode-nos levar a um erro de interpretação por parte do idoso, uma vez que a pergunta é feita ao contrário das restantes perguntas.

Dos inquiridos 71,4% responderam “nunca”, 22,2% “algumas vezes” e 6,4% “sempre” (tabela 21).

- As questões 9, 11, 14 e 18 são questões relacionadas com o domínio de dor e desconforto. Questão 9 - Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?
- Questão 11 - Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?
- Questão 14 - Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?
- Questão 18 – Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas fiarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

Dos inquiridos 65% respondeu “nunca”, 32,3% respondeu “algumas vezes”, 2,7% respondeu “sempre” (tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição das respostas consoante o domínio GOHAI.

**DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS CONSOANTE O DOMÍNIO DO ÍNDICE
GOHAI**

	Questão	Sempre	Algumas vezes	Nunca	Total
FÍSICO/ FUNCIONAL	7	8	23	62	93
	8	11	38	44	93
	10	5	21	67	93
	Total (%)	8,6	29,4	62,0	100,0
PSICOSSOCIAL	12	1	8	84	93
	13	16	35	42	93
	15	5	27	61	93
	16	7	25	61	93
	17	1	8	84	93
	Total (%)	6,4	22,2	71,4	100,0
DOR/ DESCONFORTO	9	1	17	75	93
	11	3	42	48	93
	14	2	19	72	93
	18	4	42	47	93
	Total (%)	2,7	32,3	65,0	100,0

V. DISCUSSÃO

Neste estudo foram inquiridos doentes da Clínica Dentária Egas Moniz, que frequentaram a unidade curricular de Odontogeriatrica, com o intuito de perceber qual a percepção de saúde oral que estes tinham acerca de si próprios e qual o impacto que o estado de saúde oral teria na qualidade das suas vidas. Foram comparadas as variáveis dos dados pessoais dos doentes (género, idade, estado civil, nível de escolaridade, ausência de dentes e utilização de prótese) com o resultado final da pontuação do Índice de GOHAI e ainda foi feita uma analogia entre os domínios que o índice engloba (físico/funcional, psicossocial e dor/desconforto) e a resposta das questões do Índice (“sempre”, “algumas vezes” e “nunca”), a fim de perceber se o nível de percepção alterava consoante estes fatores.

O estudo da autopercepção é utilizada para a pesquisa epidemiológica de modo a recolher dados sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de uma população (Tamayo-Fonseca et al., 2013). Neste sentido, foram desenvolvidos questionários padronizados, concebidos para complementar indicadores clínicos baseados na autopercepção, que nos dão informações sobre o estado de saúde de uma população (Rocha et al., 2013; Tamayo-Fonseca et al., 2013). Para a população idosa, a percepção pode ser alterada por importâncias pessoais, dores e incapacidade, que a pode levar a superestimar a sua condição oral (da Silva & Castellanos Fernandes, 2001).

O GOHAI é um índice que foi concebido com o objetivo de obter dados sobre a autopercepção da saúde oral dos idosos, de forma a avaliar o impacto que a sua saúde oral tem na sua qualidade de vida (Carvalho et al., 2013; Fonseca et al., 2011).

Participaram 93 idosos cuja idade mínima de participação de 65 anos, uma vez que em Portugal consideram-se pessoas idosas homens e mulheres com idade superiores a 65 anos, idade que está associada à idade da reforma (Direcção-Geral da Saúde, 2017). A amostra de outros estudos realizados em Portugal, com a aplicação do GOHAI, também tinha a idade mínima de 65 anos (Carvalho et al., 2016, 2013; Ribeiro et al., 2012). Outros estudos feitos como os de Manuela et. Al., 2017 e Rocha et al., 2013, a idade mínima de participação foi de 60 anos, uma vez que nos Países em desenvolvimento, é a idade em que classificam os indivíduos como idosos (WHO, 2002).

O género, minoritário foi o feminino (45,2%) ao contrário do que se verificou nos estudos de Bidinotto et al., (2017), Carvalho et al., (2016), Carvalho et al., (2013), Cho et al., (2018), Nogueira et al., (2017), Montes-Cruz et al., (2014), R. et al., (2018), Ribeiro et al., (2012), Rocha et al., (2013), V. et al., (2017), que a maioria dos participantes eram do sexo feminino. Tal facto era justificado pela longevidade das mulheres ser maior e porque os homens deslocam-se menos aos estabelecimentos de saúde por motivos de preventivos e mais por necessidades primárias predominante. O género predominante é o masculino, 54,8% da amostra. Esta oposição de valores pode ser justificada pelo facto de a maioria dos pacientes geriátricos da clínica serem do sexo masculino, segundo um estudo realizado na Clínica Dentária Egas Moniz (Gil, 2014).

A maioria dos participantes, 60,2%, encontrava-se na faixa etária dos 65-75 anos, tal como nos estudos de Carvalho et al., (2016), Carvalho et al., (2013) e Cho et al., (2018), logo a seguir 25,8% dos inquiridos encontrava-se entre os 76-85 anos e por fim, 14,0% tinham mais de 86 anos, tal como se verificou nos estudos de Carvalho et al., (2016) e Carvalho et al., (2013).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos idosos que respondeu ao questionário eram casados, 60,2%, tal como evidenciou Carvalho et al., (2016) e Carvalho et al., (2013). Apenas 30,1% dos inquiridos era solteiro, divorciado ou viúvo. Apesar de Carvalho et al., (2016) e Carvalho et al., (2013) terem estas variáveis separadas, a minoria dos participantes também se encontra nestes estados civis. As opções de resposta não deveriam apenas terem-se cingido ao estado civil, pois o facto de um individuo estar solteiro, divorciado ou viúvo não implica que viva sozinho, podendo encontrar-se numa união de facto, tal como abordado por Carvalho et al., (2016) e Carvalho et al., (2013).

No que diz respeito às habilitações literárias, 83,9% dos idosos possuía o nível básico de escolaridade tal como nos estudos de Carvalho et al., (2016) e Carvalho et al., (2013) e Ribeiro et al., (2012). Os restantes 16,1% tinham o nível secundário ou superior, resultado semelhante aos de Carvalho et al., (2016) e Carvalho et al., (2013) e Ribeiro et al., (2012).

Quanto à ausência de dentes, 97,8% dos idosos são desdentados. No entanto, Rocha et al., (2013) tinha uma amostra em que 66% dos idosos eram desdentados parciais e 33% desdentados totais, pelo que nas opções de resposta deveriam ter sido divididas desta forma, de modo a verificar este critério sem tantas possibilidades de erro. Apenas

2,2% eram dentados, à semelhança de Rocha et al., (2013) com 1% de idosos dentados. A OMS e World Dental Federation propõem que as pessoas devem ter pelo menos 20 dentes naturais para ter uma maior qualidade de saúde oral (Fracasso, Maia, & Nunes, 2018; Somsak & Kaewplung, 2016). Somsak & Kaewphing, (2016) dividiram os critérios da seguinte forma: tem pelo menos 20 dentes, tem menos de 20 dentes, desdentado total e entre 0 e 10 pares de dentes posteriores em oclusão. No estudo de Somsak & Kaewphing, (2016) concluíram que os participantes com pelo menos 20 dentes naturais ou pelo menos 4 pares de dentes posteriores oclusivos maior OHRQoL do que aqueles com menos de 20 dentes naturais ou menos de 4 pares de dentes posteriores oclusivos.

Relativamente ao uso de prótese, 69,9% dos idosos inquiridos utilizavam prótese dentária, e 30,1% não utilizavam prótese, resultados semelhantes aos de Carvalho et al., (2016), Carvalho et al., (2013), Ribeiro et al., (2012) e Rocha et al., (2013). Está comprovado que a utilização de prótese dentária é uma característica da população idosa (Mallmann, Toassi, & Abegg, 2012). Consciencializar o idoso para a utilização de prótese é uma tarefa importante do médico dentista, pois o uso de prótese dentária para além de prevenir futuras lesões da cavidade oral também tem um peso importante para o idoso ao nível de estética (Mallmann et al., 2012).

A média do GOHAI foi de 30,8, o que se traduz numa perceção moderada. Apesar da análise da mediana ser de 31 e a moda 34, há uma tendência para uma perceção moderada-baixa uma vez que o tabelado para uma perceção baixa é < 30 e o intervalo em que se considera perceção moderada é entre 30-33. Nos estudos de Carvalho et al., (2016), Carvalho et al., (2013) e Ribeiro et al., (2012), a perceção de saúde oral dos idosos também foi moderada, no entanto a tendência foi para uma perceção mais alta. Carvalho et al., (2016), refere que no seu estudo pacientes em que a ultima consulta de medicina dentária foi realizada há menos de um ano, têm uma tendência para valores mais baixos, o que também pode estar relacionado com uma maior consciência em relação à sua saúde oral, tendo em conta a recente visita ao médico dentista. Também Wong, Liu & Lo, 2002, referiam que pacientes que vão ao médico dentista têm uma perceção mais baixa do que os que não vão.

Uma possível justificação do resultado deste estudo será o facto de os idosos que foram recentemente ao dentista percebem e têm uma maior consciência da necessidade de cuidados orais, enquanto que os idosos que não frequentam consultas de cuidados orais, também não percebem a carência dos mesmos (Kundapur et al., 2017).

Neste estudo procurou verificar-se a existência de uma associação entre indicadores sociodemográficos e nível de perceção e condições subjetivas de saúde oral e nível de perceção.

Ambos os sexos têm, na sua maioria, uma perceção de saúde oral moderada. Não foi encontrada uma associação de variáveis nem diferenças significativas nas médias. O género feminino tem uma média de $30,1 \pm 3,7$ e o género masculino uma média de $31,2 \pm 2,8$. Estes resultados são contrários aos de Nogueira et al., (2017), pois na sua população de estudo, é o sexo masculino que tem uma perceção mais baixa. No entanto, avaliando os resultados obtidos, as mulheres parecem ter uma perceção tendencialmente mais baixa, ao contrário dos homens que têm uma perceção tendencialmente mais elevada. O estudo de R. et al., (2018) também refere que as mulheres têm uma predisposição para uma perceção mais baixa de saúde oral comparada com os homens, provavelmente porque quando comparadas com homens, as mulheres são geralmente mais insatisfeitas com a sua função oral, têm mais queixas de desconforto e expectativas elevadas acerca da sua qualidade de vida.

Relativamente à idade, todas as faixas etárias apresentaram uma perceção de saúde oral moderada, contrariamente ao resultado do estudo de Carvalho et al., (2016), pois a perceção foi elevada em todas as idades. Não foi encontrada uma associação de variáveis nem diferenças significativas nas médias (65-75 anos $30,9 \pm 3,0$; 76-85 anos $30,6 \pm 3,3$ e ≥ 86 anos $30,2 \pm 4,2$). Verificou-se que idosos com idade superior ou igual a 86 anos, têm uma perceção moderada-baixa, tendo a mesma percentagem, 38,% na distribuição de respostas. Carvalho et al., (2016) diz que num estudo doentes com o avançar da idade tendem a piorar a autoperceção de saúde, observando maior tendência para valores mais baixos.

Quanto ao estado civil, foi encontrada uma associação de variáveis mas não foram encontradas diferenças significativas nas médias em termos estatísticos. A maioria dos solteiros, divorciados e viúvos têm uma perceção de saúde oral baixa, 46,4% com uma média de $29,8 \pm 3,9$ e os casados consideram, na sua maioria a sua saúde moderada, 52,3%, com uma média de $31,2 \pm 2,8$. no estudo de Carvalho et al., (2016), a maioria apresentou uma autoperceção elevada, no entanto os solteiros apresentaram valores mais baixos de autoperceção. Estes valores podem estar relacionados com o impacto que solidão possa ter na qualidade de vida, sugerindo que os indivíduos que vivem sozinhos possam apresentar menor estabilidade emocional, que por sua vez, induz a um baixo nível de perceção (Carvalho et al., 2016).

Neste estudo, o nível de escolaridade não teve uma associação entre variáveis nem diferenças significativas nas médias. Quer os doentes com ensino básico quer com ensino superior, têm uma percepção moderada de saúde oral: indivíduos com ensino básico 46,2% e de ensino secundário ou superior 46,7%, contudo idosos com ensino secundário ou superior têm tendência para uma percepção mais baixa de saúde oral. Estes resultados vão de encontro aos de Ribeiro et al., (2012), idosos com baixa escolaridade sentiam menos necessidade de tratamentos dentários quando comparados com os idosos com mais habilitações literárias. As pontuações R et al., (2018) foram mais elevadas para idosos com literacia mais elevada.

Entre os idosos inquiridos, 41,1% dos edêntulos e 100% dentados apresentaram, uma autopercepção moderada. Com a discrepância de distribuição dos indivíduos, não foi possível aplicar testes estatísticos. Os estudos de Esmeriz, Meneghim & Ambrosano, (2012), Nogueira et al., (2017) e Ribeiro et al., (2012) verificaram os idosos consideraram como boa a sua saúde oral ainda que tivessem ausência de dentes. Poderá dever-se à desvalorização do edentulismo resultando numa adaptação às condições existentes, contudo existe um impacto negativo, que condiciona a mastigação, alterando os hábitos alimentares (Esmeriz, Meneghim, & Ambrosano, 2012).

Quanto ao uso de prótese não houve uma associação entre variáveis nem diferenças significativas nas médias: $30,9 \pm 3,4$ que utilizam prótese e $30,3 \pm 2,9$ dos que não utilizam prótese, como no estudo de Rocha et al., (2013). Em ambas as circunstâncias, a maioria encontra-se com percepção moderada: 47,7% (dos que utilizam prótese) e 42,9% (dos que não utilizam prótese). Os utilizadores de prótese dentária têm uma tendência para uma percepção elevada, enquanto que os não utilizadores de prótese dentária têm uma percepção mais baixa. Os resultados foram semelhantes aos de R et al., (2018), pois idosos que necessitavam de prótese dentária tinham uma média GOHAI mais baixa e o estudo de Nogueira et al., (2017) verificou que os utilizadores prótese superior têm autopercepção maior.

O GOHAI abrange vários domínios físico/funcional (limitação na escolha de alimentos, problemas na mastigação, fala e desconforto a comer); psicossocial (problemas com os contactos sociais e aparência); dor/desconforto (desconforto a engolir, medicação para a dor, preocupação com problemas da sua boca e sensibilidade dentária) (Carvalho et al., 2013). Analisando as respostas dadas pelos domínios, verifica-se que no físico/funcional (questões 7, 8, 9 e 10) 62,0% dos questionados respondeu “nunca”; 29,4% respondeu “algumas vezes” e 8,6% respondeu “sempre”, ou seja 33,5% dos idosos

apresentaram impacto na dimensão funcional, resultado ligeiramente inferior ao de Fonseca et al., (2011) que teve um impacto de 44,9%.

No domínio Psicossocial. 71,4% responderam que não sentem vergonha de sorrir não se deixaram de encontrar com pessoas, sentem-se bem com a aparência; já 28,6% dos idosos tem algumas relutâncias. No estudo de Nogueira et al., (2013) 12,6% da população em estudo tem este domínio afetado, contrariamente Fonseca et al., (2011) teve uma população com 24,5% impacto na dimensão psicossocial. A questão 13 está estruturada de forma inversa às restantes questões, pelo que o ideal deveria ter sido com a maioria das respostas “sempre” ao invés de “nunca” .

As questões 9, 11, 14, e 18 são questões relacionadas com o domínio de dor e desconforto. 65% dos idosos respondeu “nunca”, 32,3% respondeu “algumas vezes”, 2,7% respondeu “sempre”. Estes resultados não estão de acordo com os de Fonseca et al., (2011), pois 14,3% referiu dor e desconforto.

Segundo Fonseca et al., (2011), é necessário um exame clínico para confirmar a situação oral do paciente.

Hipóteses de estudo:

- Hipótese 1: Os idosos avaliam a autopercepção de saúde oral como boa- hipótese rejeitada.
- Hipótese 2: Os idosos avaliam a autopercepção de saúde oral como moderada- hipótese aceite.
- Hipótese 3: Os idosos avaliam a autopercepção de saúde oral como baixa - hipótese rejeitada.

A média do GOHAI foi de 30,8, o que se traduz numa percepção moderada. Conclui-se que os idosos compreendem a sua saúde oral e as condições orais têm algum impacto negativo nas suas vidas, considerando o seu estado de saúde oral como moderado.

VI. CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, pode concluir-se o seguinte:

- A maioria da amostra é do sexo masculino, encontrava-se na faixa etária dos 65-75 anos, casada, com nível de escolaridade básico, edêntulos e usam prótese.
- A pontuação média das respostas ao GOHAI foi de 30,8 valores, ou seja, de uma percepção moderada de saúde oral. A maioria (47,3%) teve uma pontuação correspondente a moderado (30-33 pontos), que está em conformidade com a média das respostas. Cerca de 28,0% da população tem uma percepção baixa (< a 30 pontos) e 24,7% têm uma percepção elevada (34-36 pontos).
- Apenas foi encontrada relevância estatística entre estado civil e percepção de saúde oral. Os idosos casados têm uma autopercepção moderada e os solteiros, divorciados e viúvos têm uma autopercepção baixa.
- As mulheres, idosos com mais de 86 anos, solteiros, divorciados e viúvos, com ensino secundário ou superior, edêntulos e não portadores de prótese têm uma tendência para uma percepção de saúde oral mais baixa.

Para confirmar a validade destes resultados, seria viável recorrer a um exame clínico rigoroso.

Adquirir este tipo de dados sobre a população idosa, alerta os profissionais de saúde para as suas necessidades de saúde oral. É muito importante, para que se possa prestar os melhores cuidados, assim, permite-se uma melhor qualidade de saúde oral e consequente qualidade de vida. É igualmente importante consciencializar o idoso de que tratar da sua saúde oral de forma preventiva traz benefícios a longo prazo, e encorajá-lo a tratar da sua saúde oral quando detetados os problemas.

A população idosa carece de informação sobre saúde oral e é importante definir estratégias de prevenção e promoção de saúde oral.

O idoso, necessita de uma maior atenção por parte do médico dentista, pois este necessita de ser ouvido, sentir que tem atenção e que o compreendem. Antes de iniciar o tratamento, há que garantir que o idoso compreende o que foi explicado. Cabe ao dentista trabalhar de forma multidisciplinar, dado que as condições gerais de saúde do idoso poderão ser complexas.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*. <https://doi.org/2229624>
- Baiju, R., Peter, E., Varghese, N., & Sivaram, R. (2017). Oral health and quality of life: Current concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), ZE21-ZE26. doi: 10.7860/JCDR/2017/25866.10110
- Bidinotto, A. B., D'Ávila, O. P., Martins, A. B., Hugo, F. N., Neutzling, M. B., Bairros, F. de S., & Hilgert, J. B. (2017). Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(1), 91–101. doi: 10.1590/1980-5497201700010008
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal - Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*.
- Cárdenas, D., Vergara, A., Martínez, R., Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores, 5(1), 9–16.
- Carvalho, C., Cristina, A., Ii, M., Escoval, A., Salvado Ii, F., & Nunes, C. (2016). Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal *. *Artigo Original Rev Saúde Pública*, 50. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006311
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(2), 166–172. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.10.002
- Cho, M.-J., Jung, E.-K., Jung, Y.-S., Shin, H.-E., Kim, E.-K., Kim, H.-C., ... Song, K.-B. (2018). Relationship between the activities of daily living, oral health-related quality of life and dementia. *Geriatrics and Gerontology International*, 1–7. doi: 10.1111/ggi.13305
- Cornejo, M., Perez, G., de Lima, K., Casals-Pedro, E., & Borrell, C. (2013). Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*, 18(2), e285–e292. doi:10.4317/medoral.18280
- da Silva, S. R., & Castellanos Fernandes, R. A. (2001). [Self-perception of oral health status by the elderly]. *Revista de Saúde Pública*, 35(4), 349–355.

doi:10.1590/S0034-89102001000400003

- Direcção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direcção-Geral de Saúde*, 52. web site acedido julho 20, 2018 disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Esmeriz, C. E. C., Meneghim, M. C., & Ambrosano, G. M. B. (2012). Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*, 29(2), 281–289. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00464.x
- Fonseca, P. H. de A., Almeida, A. M., & Silva, A. M. (2011). Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada TT - Oral health conditions of institutionalized elderly. *Rgo*, 59(2), 193–200. web site acedido agosto 3, 2018 <http://www.revistargo.com.br/viewarticle.php?id=1183&layout=abstract>
- Fracasso, L. M., Maia, C. F., & Nunes, L. S. (2018). A autopercepção de saúde bucal de idosos brasileiros condiz com suas condições clínicas orais 36(1).
- Fuente, J. D. La, Santiago, J., Román, A., Dumitrache, C., & Casasanto, D. (2014). Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Psychological Science*, 25(9), 1682–1690. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Gil, A. V. dos S. (2014). Instituto Superior De Ciências Da Saúde Egas Moniz Mestrado Integrado Em Ciências Farmacêuticas. web site acedido maio 12, 2018 disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13041/1/Matilde_Filipa_Alexandra_Veiga.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. *Instituto Nacional de Estatística*, (2015), 1–19.
- Issrani, R., Ammanagi, R., & Keluskar, V. (2012). Geriatric dentistry - Meet the need. *Gerodontology*, 29(2), 1–5. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00423.x
- Kundapur, V., Hegde, R., Shetty, M., Mankar, S., Hilal, M., & Prasad A, H. (2017). Effect of loss of teeth and its association with general quality of life using geriatric oral health assessment index (Gohai) among older individual residing in rural areas. *International Journal of Biomedical Science*, 13(1), 6–12. web site acedido maio 12, 2018 disponível em <http://www.ijbs.org/User/ContentFullText.aspx?VolumeNO=13&StartPage=6&Type=pdf%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexa&NEWS=N&AN=616123428>
- Lima, J. M. De, Carvalho, D. R. De, Edson, R., Barbosa, S., & Miranda, A. F. (2013).

- Avaliação da percepção da saúde bucal e qualidade de vida de idosos do Projeto de Extensão da Universidade Católica de Brasília (UCB) - Centro de Convivência de Idosos (CCI) a partir da utilização do instrumento GOHAI, (Cci), 6–17.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health*, 5(1), 3–18. web site acedido agosto 20, 2018 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3285972>
- Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(6), 401–411. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x
- Locker, D., Matear, D., Stephens, M., Lawrence, H., & Payne, B. (2001). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(5), 373–381. doi:com290507 [pii]
- Mallmann, F. H., Toassi, R. F. C., & Abegg, C. (2012). Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três “Distritos Sanitários” de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(1), 79–88. doi: 10.5123/S1679-49742012000100008
- Melo, L. A. de, Sousa, M. de M., Medeiros, A. K. B. de, Carreiro, A. da F. P., & Lima, K. C. de. (2016). Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3339–3346. doi:10.1590/1413-812320152111.08802015
- Melo, M. C. De, Souza, A. L., Leandro, E. L., Mauricio, H. D. A., Silva, I. D., & Oliveira, J. M. O. De. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1579–1586. doi:10.1590/S1413-81232009000800031
- Montenegro, F. L. B., & Marchin, L. (2013). *Odontogeriatría - Uma Visão Gerontológica*.
- Montes-Cruz, C., Juárez-Cedillo, T., Cárdenas-Bahena, Á., Rabay-Gánem, C., Heredia-Ponce, E., García-Peña, C., & Sánchez-García, S. (2014). Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 18(2), 111–119. doi: 10.1016/S1870-199X(14)72060-9

- Nogueira, C., Falcão, L., Nuto, S., Saintrain, M., & Vieira-Mayer, A. (2017). Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar.
- Razak, P. A., Richard, K. M. J., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A. A., Kumar, K. N., & Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: a review article. *Journal of International Oral Health : JIOH*, 6(6), 110–116. web site acedido maio 12, 2018 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25628498>
- Ribeiro, D., Pires, I., & Pereira, M. D. L. (2012). Behaviors and self-perception of oral health in an elderly population in the region of Porto, Portugal [Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal]. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 53(4), 221–226. doi:10.1016/j.rpemd.2012.07.003
- Rocha, D. M. de S., Nihi, M. Y. M., & Pizi, E. C. G. (2013). Análise da autopercepção e saúde bucal de idosos em diferentes grupos populacionais. *Revista Brasileira de Odontologia*, 70(2), 125–129.
- Saliba-serre, B., Ferrandez, A., & Ruquet, M. (2017). Use of care and the oral health status of people aged 60 years and older in France : results from the National Health and Disability Survey. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1159–1166. doi:10.2147/CIA.S135542
- Shao, R., Hu, T., Zhong, Y., Li, X., Gao, Y., Wang, Y., & Yin, W. (2018). Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviors associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 16(1). doi: 10.1186/s12955-018-0925-8
- Shet, R. G. K., Shetty, S. R., Kalavath, M., Naveen Kumar, M., Yadav, R. D., & Soumya, S. (2013). A study to evaluate the frequency and association of various mucosal conditions among geriatric patients. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 14(5), 904–910. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1424>
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264–1270. doi:10.1177/0022034511399918
- Slack-Smith, L. M., Hearn, L., Wilson, D. F., & Wright, F. A. (2015). Geriatric dentistry, teaching and future directions. *Australian Dental Journal*, 60(S1), 125–130. doi:10.1111/adj.12291
- Somsak, K., & Kaewplung, O. (2016). The effects of the number of natural teeth and posterior occluding pairs on the oral health-related quality of life in elderly dental

- patients. *Gerodontology*, 33(1), 52–60. doi:10.1111/ger.12112
- Tamayo-Fonseca, N., Quesada, J. A., Nolasco, A., Melchor, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., ... Barber, X. (2013). Self-rated health and mortality: A follow-up study of a Spanish population. *Public Health*, 127(12), 1097–1104. doi:10.1016/j.puhe.2013.09.003
- WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37. doi:10.1080/713604647
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Ying, D., Ngo, J., Thomson, W. M., Subramaniam, M., & Abdin, E. (2018). The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. *Psychiatry Research*, 266(January), 206–211. doi:10.1016/j.psychres.2018.05.048

VIII. ANEXOS

Anexo 1



Consentimento Informado

Código | IMP/EM/PE 17_07

Monte de Caparica, __ de _____ de ____

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Vítor Tavares, solicita-se autorização para a participação no estudo "A autoperceção da qualidade da saúde oral dos doentes de Odontogeriatría da Clínica Dentária Egas Moniz" a doentes com idade maior ou igual a 65 anos, com o objetivo de avaliar a auto-perceção da qualidade da saúde oral dos idosos através da aplicação de um questionário, na consulta de Odontogeriatría da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 2



Mestrado Integrado em Medicina Dentária
A autopercepção da qualidade da saúde oral dos doentes de Odontogeriatría da Clínica Dentária Egas Moniz

1. **Género**
Feminino ☐ Masculino ☐
2. **Idade**
65-75 ☐ 76-85 ☐ 86-95 ☐ >95 ☐
3. **Estado Civil**
Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
4. **Nível de escolaridade**
Não sei ler nem escrever ☐ Sei ler e escrever ☐ Até ao 4º ano ☐
Até ao 7º ano ☐ Até ao 9º ano ☐ Até ao 12º ano ☐ Ensino Superior ☐
5. **Tem ausência de dentes?**
Sim ☐ Não ☐
6. **Usa Prótese dentária?**
Sim ☐ Não ☐
7. **Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
8. **Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
9. **Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
10. **Nos últimos 3 meses mudou o modo de falar por causa dos problemas da sua boca?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
11. **Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
12. **Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
13. **Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
14. **Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
15. **Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
16. **Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
17. **Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐
18. **Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas fiarem sensíveis a alimentos ou líquidos?**
Sempre ☐ Algumas Vezes ☐ Nunca ☐

